

## 質問紙「健康チェック票 THI」による評価を通した大学生のメンタル面 および身体面の症状間の相関性の検討

栗原 久<sup>\*1</sup>・面川幸子<sup>\*2</sup>・山下喜代美<sup>\*3</sup>

\*1 健康管理増進研究グループ

〒371-0034 群馬県前橋市昭和町 3-35-3

\*2 東京福祉大学 教育学部 (伊勢崎キャンパス)

〒372-0831 群馬県伊勢崎市山王町 2020-1

\*3 東京福祉大学 社会福祉学部 (伊勢崎キャンパス)

〒372-0831 群馬県伊勢崎市山王町 2020-1

(2019年10月23日受付、2020年3月19日受理)

抄録：本研究の目的は、質問紙「健康チェック票 THI」の130問の質問に対する回答から得られた、身体面、メンタル面および生活面の尺度得点から、抑うつや精神疾患(心身症、神経症、統合失調症)と相関性の高い症状項目を見出すことにある。対象者はA大学の社会福祉学、教育学部および心理学部に所属する1～3年の男女学生361人(男子：1年生67人、2年生23人、3年生38人、女子：1年生163人、2年生41人、3年生29人)であった。症状レベルは成人男女それぞれ約6千人の尺度得点分布と照合して得られた症状パーセンタイル値で評価した。症状パーセンタイル値は、学年差は小さく、男子より女子に方が高レベルの傾向があった。ストレス関連の精神疾患とされる「心身症」、「神経症」と正相関性が高い症状は、ほぼ共通して「多愁訴」、「直情径行」、「情緒不安定」、「神経質」、「総合指数」であった。加えて、「心身症」レベルが「攻撃」と逆相関性があることも特徴としてあげられた。一方、「統合失調症」と中程度相関する症状は「抑うつ」のみで、ストレス関連精神疾患とは発症原因が異なることを反映していると思われた。これらの結果は、自己評価をベースとする質問紙「健康チェック票 THI」で評価される症状レベルが、各種ストレス関連疾患の前兆把握に利用可能であることを示唆している。

(別刷請求先：栗原 久)

キーワード：大学生、質問紙「健康チェック票 THI」、メンタルヘルス、症状間の相関性

### 緒言

2018年12月発表の平成30年度学校基本調査(確定値)によれば、高等教育機関への進学率は81.5%(大学53.3%、短大4.6%、専門学校22.7%、その他0.9%)で、過去最高となっている(文部科学省, 2018)。その一方で、高等学校卒業生は減少の一途をたどり、入学定員の増加もあって、進学先を強く選ばなければ全入の時代を迎えている。

このような高等教育環境の拡大と進学者の増加に伴って浮上してきたのが、休・退学、留年といった問題である。国公立大学・短大を対象にした直近の調査結果(文部科学省, 2014; 白川ら, 2016)では中途退学者の割合は2.65%、休学者の割合は2.3%に達している。中途退学理由の内訳は、高い順に経済的理由20.4%、転学15.4%、学業不振14.5%、就職13.4%、病気・ケガ5.8%、学校生活不適応4.4%、海外留学0.7%、その他25.3%となっている。また、休学理由の内訳は、経済的理由15.5%、海外留学15.0%、病気・ケガ

14.6%、学業不振4.4%、学校生活不適応3.0%、その他47.6%となっている。同様な数値は白川ら(2016)の調査でも確認されている。このような統計データは、2005年に実施された国立大学83校中74校が参加したアンケート調査結果である(対象学生数約39万人)、中途退学1.5%、休学2.5%、留年6%(内田, 2008)より高くなっている。また、私立大学のみを対象にした調査データでは、中途退学の割合は2.9%で(旺文社 教育情報センター, 2007)、国立大学の値より0.3ポイント高いことを示している。

内田(2006, 2008)は学生の休・退学、留年の背景について調査を続け、①身体的疾患、②明確な精神障害、③大学教育路線から離れるような消極的理由(スチューデントアパシー、精神障害・自殺の疑い、勉学意欲の減退・喪失、単位不足、学外団体活動、アルバイトや趣味、専門学校などへの進路変更、就職など)、④大学教育路線上にあり、学習をさらに深めるための積極的理由(海外留学、進路変更・他大学入学、履修科目上の都合、資格取得準備、就職再トライ、

飛び級など)、⑤環境要因(経済的理由、家庭の都合、結婚・出産・育児、災害など)、⑥不詳(一身上の都合、行方不明、調査不能など)の6種類に分類している。それらの中で特に、②の明確な精神障害だけでなく、③の消極的理由で休・退学、留年をする学生は、精神障害に至らないまでも、メンタルヘルス面で何らかの問題を抱えている割合が高く、修学意欲の低下、目標の喪失、昼夜逆転の生活、ゲームやインターネットへのはまり込みなどにより授業欠席に至りやすいという(中井ら, 2007)。矢内ら(2018)は、何らかの心理的苦痛を感じている学生の割合は、1年次で2%であるが、3年次には20%に高まっていると報告している。加えて、食事の悪化や運動習慣の欠如による体力低下が成績低迷を生み出す要因になり、勉学意欲の低下や将来目標の喪失から単位未修得、休・退学、留年という負のスパイラルを描く可能性も考えられる。さらに、内田(2010)は、精神疾患と診断された自殺学生のうち、統合失調症、うつ病、ストレス関連の神経性障害(心身症、神経症など)を合わせた割合は94%に達すると報告し、東京都福祉保健局(2015)は、自殺傾向の高い青年の性格特性について、精神的ストレス刺激に弱く、抑うつ状態に陥りやすさをあげている。

このような昨今の大学生の修学状況の中で大学においては、入学を受け入れた学生が卒業後の進路を見据えつつ修学意欲を維持するよう、休・退学、留年を予防することが求められている。問題が明確になってから対策を講じる必要があることはいうまでもないが、問題が深刻になる以前に、休・退学、留年のリスクの高い学生の意識、症状や行動を把握できれば、個々人に対して適切な対応が可能となり、ドロップアウトを防止することができ、学業を成就して卒業に導く可能性が高まるはずである。しかし、修学不調の背景にある精神疾患については、精神科や心療内科の医師といった専門家には診断マニュアルがあるが(American Psychiatric Association, 2014; WHO, 2019)、大学教職員、特に学生との接触頻度が高いクラス担任(アカデミックアドバイザー)が学生の精神疾患を直接診断することはできない。そればかりでなく、精神疾患リスクの高い学生に対して大学教職員、特に心理カウンセラーが精神科や心療内科への受診を勧めても、実際の受診率が低いことも問題解決を困難にしている。そのための解決方法として、身体面の症状レベルや生活面の行動から精神疾患に至るリスクが高い学生を事前に把握し、それらのデータをもと適切にアドバイスする方法が重要と考えられる。

身体面やメンタル面の症状に関しては医学的診断や臨床検査データが重要視されることは言うまでもないが、それらだけでは不十分であることが多く、本人の自覚症状の評価も重要である(鈴木, 2012)。自己チェックを通して心身

の症状レベルを総合的に把握するために利用可能な方法の1つに質問紙「健康チェック票 THI」(鈴木ら, 2005)があり、130問の質問に対して3選択肢で回答することにより、身体面およびメンタル面の症状レベルを広範囲にわたって評価できる。

本研究の目的は、質問紙「健康チェック票 THI」を利用して、「抑うつ」、「心身症」、「神経症」、「統合失調症」と関連の深い心身の症状項目を探索することにある。

## 研究対象および方法

### 調査対象者と調査実施時期

調査対象者は、関東圏にキャンパスを持つA大学の社会福祉学部(社会福祉学科、保育児童学科)、教育学部、心理学部に所属する1～3年の学生361人(男子:1年生67人、2年生23人、3年生38人、女子:1年生163人、2年生41人、3年生29人)で、年齢は18歳～22歳であった。なお、4年生の調査対象者は非常に少なかったため、今回の研究対象から除外した。

調査は、201X年春期の1回目授業終了時(4月上旬)あるいは同年秋期の1回目授業終了時(10月上旬)に実施した。

### 質問紙「健康チェック票 THI」による健康調査

質問紙「健康チェック票 THI」は、自覚症状、訴え、好み、生活習慣、行動特性などに関する130問の質問で構成され、それぞれの質問に対して本人の自覚に基づいて「はい」、「どちらでもない」、「いいえ」で回答してもらい、それぞれ1、2、3点を与えることになっている(鈴木ら, 2005)。

そして、質問に対する回答を心身の健康度に関する12項目(「呼吸器」、「目や皮膚」、「口腔・肛門」、「消化器」、「多愁訴」、「生活不規則性」、「直情径行」、「情緒不安定」、「抑うつ」、「攻撃」、「神経質」、「虚構」)に分類し、各症状(それぞれに7～14項目が該当)の尺度得点の合計を集計する(表1)。

「心身症」、「神経症」、「統合失調症」の3項目は、それぞれの精神疾患と診断された外来患者と正常者の尺度得点の差(大部分が-7～7の範囲)から得られる判別値である(青木ら, 1988)。判別値が0以下を正常、0超を疾病傾向ありとし、0超の分布からパーセンタイルを得る(鈴木ら, 2005)。「総合指数=心身の総合的状況」の判別値は、心身の症状得点の総計から算出される。判別値の算出手続きを、「抑うつ」の尺度得点算出方法とともに表2に示す。

個々人の尺度得点はすでに評価が行われた男女それぞれ約6千人を基準グループから作成された尺度得点の標準分布(浅野ら, 2005)にあてはめ、症状パーセンタイル値を得た。症状パーセンタイル値に基づく症状レベルの評価

表1. 自記式「健康チェック票 THI」による健康度の評価項目（鈴木ら, 2005より）

項目	症状	尺度得点 (パーセンタイル値)	該当質問項目
呼吸器 (Respiration)	咳・痰・鼻水・喉の痛みなど	低い方が良好	5, 18, 30, 48, 62, 84, 89, 97, 106, 117
目や皮膚: Eye and skin	皮膚が弱い・目が充血するなど	低い方が良好	6, 19, 31, 49, 55, 63, 85, 88, 99, 108, 118
口腔・肛門: Mouth and anal	舌が荒れる・歯茎から出血する・排便時に肛門が痛い・出血するなど	低い方が良好	3, 16, 27, 42, 56, 70, 80, 94, 104, 114
消化器: Digestion	胃が痛む・もたれる・胸焼けがするなど	低い方が良好	7, 20, 33, 51, 64, 86, 93, 101, 111, 127
多愁訴: Subjective symptoms	だるい・頭重・肩こりなど	低い方が良好	4, 13, 17, 24, 35, 39, 50, 52, 65, 67, 69, 76, 103, 120
生活不規則: Irregularity of life	宵っ張りの朝寝坊・朝食抜きなど	低い方が良好	2, 15, 28, 43, 57, 71, 82, 91, 95, 113, 122
直情径行: Impulsiveness	イライラする・短気・すぐにカッとなるなど	低い方が良好	8, 21, 29, 44, 58, 72, 96, 115, 125
情緒不安定: Mental instability	物事を気にする・対人過敏・人付き合いが苦手など	低い方が良好	9, 22, 25, 40, 53, 66, 77, 79, 81, 83, 87, 92, 105, 121
抑うつ: Depression	悲しい・孤独・憂うつなど	低い方が良好	11, 32, 37, 46, 60, 74, 90, 100, 109, 119
攻撃: Aggressiveness	積極的・意欲的・前向き思考など (反対は消極的・後ろ向き思考など)	中程度 (50%) が良好	1, 14, 34, 45, 73, 78, 116
神経質: Nervousness	心配性・苦労性など	低い方が良好	10, 23, 41, 54, 75, 107, 117, 124
心身症: Psychosomatics	ストレス関連の各種身体症状	低い方が良好	判別値 (傾向値)
神経症: Neurotics	心の悩み・心的不安定など	低い方が良好	判別値 (傾向値)
虚構: Lie scale	欺瞞性・虚栄心・他人を羨むなど	中程度 (50%) が良好	12, 36, 38, 47, 61, 68, 102, 110, 126
統合失調症: Schizophrenics	思考・言動の不一致 (多様性) など	中程度 (50%) が良好	判別値 (傾向値)
総合指数: Total index	心身両面の全般的な不調感	低い方が良好	判別値 (傾向値)

表2. 「抑うつ」、「心身症」、「神経症」、「統合失調症」、「総合指数」の尺度得点の算出方法

<p>「抑うつ」(尺度得点)</p> <p>精神心理的な抑うつを表す尺度で、質問項目は次の 10 問が該当する。</p> <p>Q11 元気がない</p> <p>Q32 人生が悲しく希望が持てない</p> <p>Q37 いつもおもしろくなく気がふさぐ</p> <p>Q46 会合で孤独を感じる</p> <p>Q60 ひとりぼっちだと思う</p> <p>Q74 人に会いたくない</p> <p>Q90 ひけ目を感じる</p> <p>Q100 ゆうつである、</p> <p>Q109 自分の生き方はまちがっていた</p> <p>Q119 自信がなくなってきた</p>
<p>「心身症」(判別値＝傾向値)</p> <p>心療内科外来の「心身症」患者 50 人と勤労者群からマッチドペアの対照者 50 人の THI 尺度得点を判別分析し、両群を最もよく分離する判別関数から判別値を得る。判別値が大きいほど心身症傾向が高いことを示している。</p>
<p>「神経症」(判別値＝傾向値)</p> <p>心療内科外来の「神経症」患者 52 人と勤労者群からマッチドペアの対照者 52 人の THI 尺度得点を判別分析し、両群を最もよく分離する判別関数の判別値を得る。判別値が大きいほど神経症傾向が高いことを示している。</p>
<p>「統合失調症」(判別値＝傾向値)</p> <p>某大学病院精神科の「統合失調症」外来患者 37 人勤労者群からマッチドペアの対照者 37 人の THI 尺度得点を判別分析し、両群を最もよく分離する判別関数の判別値を得る。判別値が大きいほど思考が分散しやすく、低いほど 1 つのことにとらわれ、思考の柔軟性に欠けることを示している。</p>
<p>「総合指数」(判別値＝傾向値)</p> <p>心身の症状尺度得点の総計を基準グループと比較し、判別値を得る。数値が大きいほど心身の症状レベルが高いことを示している。</p>



は、「攻撃」、「虚構」、「統合失調症」は中程度（50パーセント）が好ましく、それ以外の項目は低い方が良好（健康度が高い）とされる。

「健康チェック票」を用いた心身の症状レベルの評価の妥当性については、様々な環境状況における調査結果から確認され、その 概要は単行本として既に発表されている（鈴木, 2005; 鈴木ら, 2005）。

### 個人情報保護

調査に先立ち対象者全員に対して、本調査の趣旨、質問紙「健康チェック票 THI」による健康状態の評価結果を個人に提供すること、データをまとめて授業の資料として利用すること、論文として発表するが個人の特定はできないようにすること、回答用紙の提出をもって本調査に同意したこと、回答しなくても何ら不利益になることはないこと、個人データは論文発表から3年間保存・管理した後に廃棄すること、といった内容が書かれた説明書を「健康チェック票 THI」とともに手渡し、記載方法などの補足説明を口頭にて行い、調査協力を依頼した。

### 統計処理

健康調査で得られた16項目の平均症状パーセンタイル値が70パーセンタイル以上あるいは30パーセンタイル以下の場合、症状レベルがそれぞれ強い、弱いとした。さらに、症状パーセンタイル値に対して二元配置分散分析（因子1: 学年、因子2: 性別）を行い、分散が有意（ $p < 0.05$ ）の場合は、Bonferroni法によって多重比較を行った。群間の差の危険率が5%未満（ $p < 0.05$ ）の場合は有意差ありとした。

「抑うつ」、「心身症」、「神経症」、「統合失調症」と他の症状パーセンタイル値との相関性の検討では、一旦図上にプロットして線形関係があることを確認した後、ピアソンの相関係数（ $r$ ）を算出した。相関係数が $-0.30 < r < 0.30$ は相関性が低い、 $0.30 \leq r < 0.50$ を軽度正相関、 $0.50 \leq r < 0.70$ を中程度正相関、 $0.70 \leq r$ は高度正相関、 $-0.50 < r \leq -0.30$ を軽度逆相関、 $-0.50 \leq r < -0.75$ を中程度逆相関、 $r \leq -0.75$ は高度逆相関とした。

「健康チェック票 THI」解析ソフト プラス\_03版はNPO 国際エコヘルス研究会（伊勢崎市）から購入し、統計処理はエクセル統計2012（社会情報サービス、東京）にて行った。

なお近年、American Statistical Association（ASA）から、危険率（ $p$  値）の取り扱いについての指針が出されている（Wasserstein and Lazar, 2016; Wasserstein et al., 2019）。そこで強調されているのは、一般的に「 $p < 0.05$ 」であっても、影響の強さを直接反映するものでなく、 $p$  値が小さければ小さいほど影響が強いと解釈すべきではないという点で

ある。今回の統計処理の過程では、この指針に沿って結果の解釈を行った。

## 結果

### 分散分析

二元配置分散分析において、学年では有意な分散はなかった。性別では消化器（ $F(1, 356) = 17.234, p < 0.001$ ）、虚構（ $F(1, 356) = 4.443, p = 0.036$ ）が有意であり、抑うつ（ $F(2, 356) = 3.318, p = 0.037$ ）で有意な交互作用があった。

### 症状パーセンタイル値の比較

図1～図3は、それぞれ1年生、2年生、3年生の症状パーセンタイル値の平均値を男女別に示してものである。

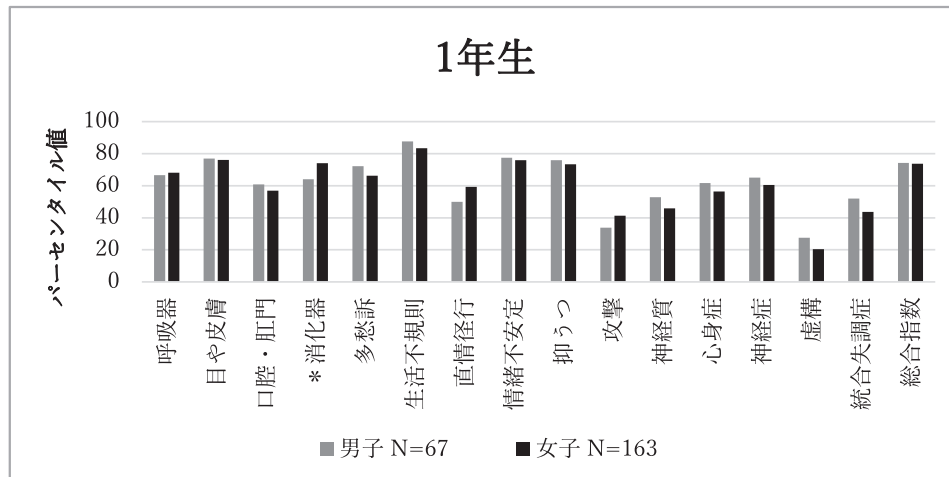
1年生：男子学生では、症状パーセンタイル値が70以上は「目や皮膚」、「多愁訴」、「生活不規則」、「情緒不安定」、「抑うつ」、「総合指数」の6項目で、30パーセンタイル以下は「虚構」の1項目であった。女子学生では、70パーセンタイル以上は「目や皮膚」、「消化器」、「生活不規則」、「情緒不安定」、「抑うつ」、「総合指数」の6項目で、30パーセンタイル以下は「虚構」の1項目であった。特に目立つのは、男女とも「生活不規則」が高く、女子学生で「虚構」が低いことであった。

1年生男女間の比較では、男子学生より女子学生は「消化器」パーセンタイル値が有意（ $p < 0.01$ ）に高く、「虚構」のパーセンタイル値が有意（ $p < 0.05$ ）に低かった。

2年生：男子学生では、症状パーセンタイル値が70以上は「目や皮膚」、「生活不規則」、「情緒不安定」の3項目で、30以下は「虚構」の1項目であった。女子学生では、70パーセンタイル以上は「目や皮膚」、「消化器」、「多愁訴」、「生活不規則」、「情緒不安定」、「抑うつ」、「神経症」、「総合指数」の8項目で、30パーセンタイル以下は「虚構」の1項目であった。特に目立つのは、1年生と同様に男女とも「生活不規則」が高く、女子学生で「虚構」が低かったが、加えて、2年女子学生では「目や皮膚」、「情緒不安定」、「抑うつ」、「総合指数」が80パーセンタイルを超えていたことであった。

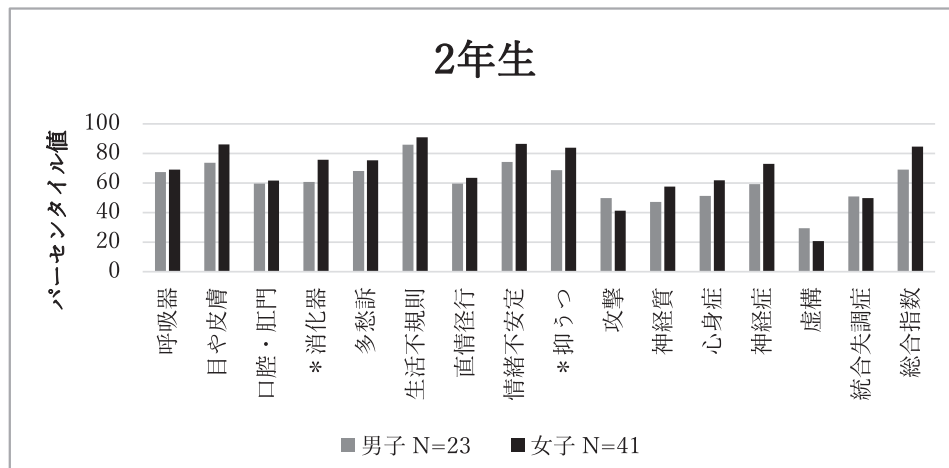
2年生男女間の比較では、男子学生より女子学生の方が「消化器」および「抑うつ」の症状パーセンタイル値が有意（ $p < 0.05$ ）に高かった。

3年生：男子学生では、症状パーセンタイル値が70以上は「目や皮膚」、「生活不規則」、「情緒不安定」、「抑うつ」、「総合指数」の5項目で、30以下は「虚構」の1項目であった。女子学生では、70パーセンタイル以上の項目は「目や皮膚」、「消化器」、「多愁訴」、「生活不規則」、「情緒不安定」、「抑うつ」、「神経症」、「総合指数」の8項目で、30パーセンタイル以下



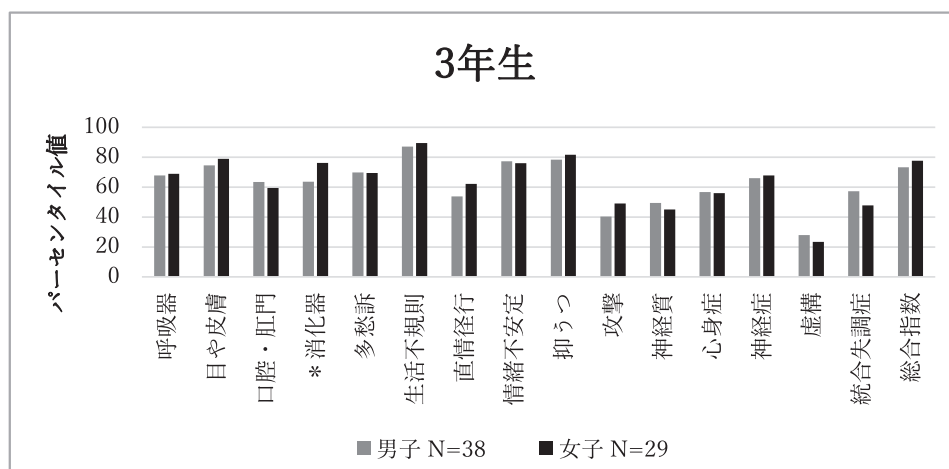
\*: 男女間で有意差 (p<0.05: Bonferroni 法)

図1. 1年生男女の症状パーセンタイル値



\*: 男女間で有意差 (p<0.05: Bonferroni 法)

図2. 2年生男女の症状パーセンタイル値



\*: 男女間で有意差 (p<0.05: Bonferroni 法)

図3. 3年生男女の症状パーセンタイル値

は「虚構」の1項目であった。基本的には1年生や2年生と同様に、男女とも「生活不規則」が80パーセンタイル超と高いことが目立っていた。

3年生男女間の比較では、男子学生より女子学生は「消化器」( $t=3.10$ ,  $p<0.05$ )の症状パーセンタイル値が有意( $p<0.05$ )に高かった。

### 「抑うつ」との相関性

表3は、「抑うつ」パーセンタイル値とそれ以外の15項目の症状パーセンタイル値との相関係数(ピアソンの相関係数: $r$ )を示したものである。

1年生: 男女ともすべての症状項目で相関係数が0.30以上(正相関)、または-0.30以下(逆相関)があり、性別による著しい差異はなかった。正相関性または逆相関性が中程度以上であった項目は、男子学生では「口腔・肛門」、「多愁訴」、「生活不規則」、「情緒不安定」、「攻撃」、「心身症」、「総合指数」の8項目で、女子学生では「目や皮膚」、「多愁訴」、「情緒不安定」、「心身症」、「神経症」、「統合失調症」、「総合指数」の7項目であった。

目であった。

2年生: 女子学生において3項目で相関性が低かったが、それ以外の項目では相関係数0.30以上または-0.30以下であった。正相関性または逆相関性が中程度以上であった項目は、男子学生では「攻撃」、「虚構」の2項目を除く13項目に達していたが、女子学生では「神経症」、「統合失調症」、「総合指数」の3項目にとどまり、男子学生の方が女子学生において相関性が高い傾向が認められた。ただし、2年男子の例数は23人と少ないので、例数を増やして詳細に検討する必要がある。

3年生: 男子学生では「虚構」の1項目、女子学生では「口腔・肛門」、「消化器」、「虚構」の3項目で相関性が低かったが、男女学生のそれ以外の項目では相関係数0.30以上または-0.30以下であった。正相関性または逆相関性が中程度以上であった項目は、男子学生では11項目に達していたが、女子学生では「呼吸器」、「多愁訴」、「生活不規則」、「情緒不安定」、「神経症」、「総合指数」の6項目であり、男子学生の方が女子学生において相関性が高い傾向が認められた。

表3. 「抑うつ」と各種症状のパーセンタイル値との相関性

	1年生		2年生		3年生	
	男子	女子	男子	女子	男子	女子
呼吸器	0.484**	0.407**	0.548**	0.348**	0.634**	0.666**
目や皮膚	0.350**	0.533**	0.569**	0.249*	0.660**	0.366*
口腔・肛門	0.536**	0.384**	0.660**	0.377**	0.618**	0.208*
消化器	0.459**	0.461**	0.635**	0.388**	0.466**	0.238*
多愁訴	0.595**	0.583**	0.672**	0.391**	0.635**	0.603**
生活不規則	0.566**	0.460**	0.623**	0.411**	0.550**	0.525**
直情径行	0.409**	0.491**	0.621**	0.248*	0.623**	0.481**
情緒不安定	0.796**	0.671**	0.579**	0.450**	0.732**	0.655**
抑うつ	—	—	—	—	—	—
攻撃	-0.599**	-0.350**	-0.483**	-0.223*	-0.446**	-0.434**
神経質	0.475**	0.437**	0.659**	0.203*	0.380*	0.452**
心身症	0.618**	0.507**	0.506**	0.309*	0.573**	0.470**
神経症	0.775**	0.760**	0.824**	0.666**	0.756**	0.660**
虚構	-0.328**	-0.339**	-0.479**	-0.330*	-0.282*	0.045
統合失調症	0.431**	0.519**	0.543**	0.566**	0.420**	0.427**
総合指数	0.754**	0.760**	0.825**	0.694**	0.844**	0.789**
相関状況の個数						
低相関	0	0	0	3	1	2
軽度正相関	6	6	0	8	3	6
中程度正相関	4	5	11	3	8	5
高度正相関	3	2	2	0	2	1
軽度逆相関	1	2	2	1	1	1
中程度逆相関	1	0	0	0	0	0
高度逆相関	0	0	0	0	0	0

相関係数の信頼度(無印: 95%以下、\*: 95%超、\*\*: 99%超)

また、男女とも、全般的に、メンタル面の項目は「抑うつ」と高い相関性を示す傾向がみられた。

#### 「心身症」傾向との相関性

表4は、「神経症」パーセンタイル値とそれ以外の15項目の症状パーセンタイル値の相関係数(r)を示したものである。

**1年生：**男女とも、「目や皮膚」、「口腔・肛門」、「虚構」、「統合失調症」を除く11項目で相関係数0.30以上(正相関)、または-0.30以下(逆相関)があり、男女間で著しい差異はなかった。正相関性または逆相関性が中程度以上であった項目は、男子学生では「多愁訴」、「多愁訴」、「直情径行」、「情緒不安定」、「攻撃」、「神経症」、「総合指数」の7項目で、女子学生では「多愁訴」、「直情径行」、「情緒不安定」、「抑うつ」、「攻撃」、「神経質」、「神経症」、「総合指数」の8項目であった。

**2年生：**男子学生において3項目、女子学生において5項目で相関性が低かったが、それ以外の項目では相関係数0.30以上または-0.30以下であった。正相関性または逆相関性が

中程度以上であった項目は、男子学生では「多愁訴」、「直情径行」、「情緒不安定」、「抑うつ」、「攻撃」、「神経質」、「神経症」、「総合指数」の8項目であるのに対して、女子学生では「多愁訴」、「攻撃」、「神経症」、「総合指数」4項目で、男子学生の方が女子学生より相関性が高い傾向が認められた。

**3年生：**男子学生では「虚構」、「統合失調症」の2項目で、女子学生では「目や皮膚」、「口腔・肛門」の4項目において相関性が低かったが、それ以外の項目では相関係数0.30以上または-0.30以下であった。正相関性または逆相関性が中程度以上であった項目は、男子学生では「目や皮膚」、「多愁訴」、「直情径行」、「情緒不安定」、「抑うつ」、「攻撃」、「神経質」、「神経症」、「総合指数」の9項目、女子学生では「多愁訴」、「直情径行」、「情緒不安定」、「攻撃」、「神経質」、「神経症」、「総合指数」の7項目であり、やや男子学生の方が女子学生より相関性が高い傾向が認められた。さらに、「心身症」との相関性が高い症状は、身体面では「多愁訴」であり、メンタル面では「虚構」と「統合失調症」を除く項目であった。

表4. 「心身症」傾向と各種症状のパーセンタイル値との相関性

	1年生		2年生		3年生	
	男子	女子	男子	女子	男子	女子
呼吸器	0.384**	0.251*	0.433**	-0.033	0.402**	0.365*
目や皮膚	0.216*	0.230*	0.460**	0.332*	0.516**	0.202*
口腔・肛門	0.200*	0.134	0.123	0.130	0.434**	0.061
消化器	0.342**	0.346**	0.389*	0.394**	0.454**	0.317*
多愁訴	0.582**	0.643**	0.672**	0.566**	0.638**	0.844**
生活不規則	0.383**	0.332**	0.241*	0.107	0.266*	0.268*
直情径行	0.542**	0.555**	0.504**	0.443**	0.745**	0.562**
情緒不安定	0.679**	0.645**	0.579**	0.465**	0.721**	0.514**
抑うつ	0.618**	0.507**	0.506**	0.309*	0.575**	0.470**
攻撃	-0.765**	-0.714**	-0.848**	-0.758**	-0.774**	-0.729**
神経質	0.447**	0.563**	0.699**	0.489**	0.760**	0.746**
心身症	-	-	-	-	-	-
神経症	0.877**	0.836**	0.747**	0.716**	0.773**	0.834**
虚構	-0.187*	-0.182*	-0.243*	0.208*	-0.204*	0.045
統合失調症	0.171*	0.047	0.309*	0.162	0.032	-0.122
総合指数	0.562**	0.615**	0.575**	0.512**	0.718**	0.668**
相関状況の個数						
低相関	4	4	3	5	2	4
軽度正相関	4	3	4	6	4	4
中程度正相関	5	6	6	2	3	4
高度正相関	1	1	1	1	5	2
軽度逆相関	0	0	0	0	0	0
中程度逆相関	0	0	0	0	0	0
高度逆相関	1	1	1	1	1	1

相関係数の信頼度(無印: 95%以下、\*: 95%超、\*\*: 99%超)

# 「神経症」傾向との相関性

表5は、「神経症」パーセンタイル値とそれ以外の15項目の症状パーセンタイル値との相関係数(r)を示したものである。

**1年生：**女子学生で「呼吸器」、および男女学生とも「目や皮膚」、「口腔・肛門」、「虚構」、「統合失調症」を除いた項目で相関係数0.30以上(正相関)、または-0.30以下(逆相関)があり、男女間で著しい差異はなかった。正相関性または逆相関性が中程度以上であったのは、男子学生では「多愁訴」、「直情径行」、「情緒不安定」、「抑うつ」、「攻撃」、「心身症」、「総合指数」の7項目、女子学生では「多愁訴」、「直情径行」、「情緒不安定」、「抑うつ」、「攻撃」、「神経質」、「神経症」、「総合指数」の7項目であり、男女間で著しい差異はなかった。

**2年生：**男子学生では「目や皮膚」の1項目を除く15項目、女子学生では「呼吸器」、「目や皮膚」、「虚構」、「統合失調症」を除く11項目で、相関係数が0.30以上または-0.30以下であった。正相関性または逆相関性が中程度以上であった項目は、男子学生では「多愁訴」、「生活不規則」、「直情径行」、

「情緒不安定」、「抑うつ」、「攻撃」、「神経質」、「心身症」、「総合指数」の9項目であるのに対して、女子学生では「多愁訴」、「情緒不安定」、「抑うつ」、「心身症」、「総合指数」の5項目で、男子学生の方が女子学生において相関性が高い傾向が認められた。また、メンタル面の項目において「心身症」との相関性が高い傾向が認められた。

**3年生：**男子学生では「統合失調症」を除く14項目、女子学生では「目や皮膚」、「口腔・肛門」、「消化器」、「虚構」、「統合失調症」を除く10項目において相関係数が0.30以上または-0.30以下であった。正相関性または逆相関性が中程度以上であった項目は、男子学生では「呼吸器」、「多愁訴」、「直情径行」、「情緒不安定」、「抑うつ」、「神経質」、「神経症」、「総合指数」の8項目、女子学生では「多愁訴」、「直情径行」、「情緒不安定」、「抑うつ」、「神経質」、「心身症」、「総合指数」の7項目で同数であったが、相関係数からみるとやや男子学生の方が女子学生において相関性が高い傾向があった。さらに、「心身症」との相関性が高い症状は、身体面では「多愁訴」、メンタル面では「統合失調症」と「虚構」を除く項目であった。

表5. 「神経症」傾向と各種症状のパーセンタイル値との相関性

	1年生		2年生		3年生	
	男子	女子	男子	女子	男子	女子
呼吸器	0.340**	0.247*	0.436**	0.099	0.509**	0.400**
目や皮膚	0.079	0.227*	0.281*	0.136	0.344*	-0.006
口腔・肛門	0.232*	0.142	0.439**	0.331*	0.351*	0.034
消化器	0.367**	0.324**	0.322*	0.351*	0.372*	0.104
多愁訴	0.529**	0.617**	0.631**	0.578**	0.571**	0.876**
生活不規則	0.482**	0.395**	0.566**	0.252*	0.346*	0.439**
直情径行	0.522**	0.564**	0.725**	0.471**	0.860**	0.587**
情緒不安定	0.741**	0.740**	0.562**	0.642**	0.826**	0.607**
抑うつ	0.775**	0.760**	0.824**	0.666**	0.756**	0.660**
攻撃	-0.580**	-0.450**	-0.530**	-0.308*	-0.366*	-0.421**
神経質	0.470**	0.536**	0.592**	0.452**	0.549**	0.571**
心身症	0.877**	0.836**	0.747**	0.716**	0.773**	0.834**
神経症	-	-	-	-	-	-
虚構	-0.278*	-0.250*	-0.329*	0.095	-0.347*	0.100
統合失調症	0.250*	0.330**	0.499**	0.275*	0.187	-0.024
総合指数	0.574**	0.664**	0.659**	0.562**	0.729**	0.658**
相関状況の個数						
低相関	3	4	1	5	1	5
軽度正相関	5	3	4	4	4	2
中程度正相関	3	5	7	5	3	5
高度正相関	3	2	1	0	5	2
軽度逆相関	0	1	1	1	2	1
中程度逆相関	1	0	1	0	0	0
高度逆相関	0	0	0	0	0	0

相関係数の信頼度(無印: 95%以下、\*: 95%超、\*\*: 99%超)



## 「統合失調症」傾向との相関性

表6は、「神経症」傾向とそれ以外の15項目の症状パーセンタイル値との相関係数(r)を示したものである。

**1年生：**相関係数が0.30以上であったのは、男子学生では「抑うつ」の1項目、女子学生では抑うつ」の1項目と少なく、中程度の相関性がみられたのは、女子における「抑うつ」のみであった。

**2年生：**男子学生で「消化器」、「抑うつ」、「心身症」、「神経症」の4項目、女子学生では「抑うつ」、「虚構」の2項目が相関係数0.30以上で、中程度以上の正相関性があったのは男女とも「抑うつ」のみであった。

**3年生：**男子学生では「抑うつ」、「虚構」、「総合指数」の3項目、女子学生では「直情径行」、「抑うつ」の3項目において相関係数0.30以上、さらに女子学生では「直情径行」の1項目で-0.30以下であった。中程度以上の正相関性があったのは男子学生の「総合指数」、女子学生の「虚構」であった。

## 考察

最近、学生の積極性の低下、抑うつ傾向の高さが指摘され、その背景や要因などが検討されている(白石, 2005)。以前から、大学入学後は適応障害が発症しやすい時期であり(西山・笹野, 2004)、不眠や疲労感が行動的問題や情動的障害をもたらし、抑うつ傾向の症状が密接に関連すると考えられているスチューデントアパシー、対人恐怖、自殺志向などが、二次的に学業上の問題、集中力欠如、成績悪化、休・退学、留年などに結びつくことも指摘されている(竹内ら, 2000)。青年期は「統合失調症」の発症リスクが高い時期であることはよく知られている。これらの問題に加えて、大学生に特有の問題として、自己裁量が狭い高校時代から、大人としての自己裁量と自立が求められる環境への移行、および入学定員から見ると大学全入時代を迎えながら進路希望に沿わない不本意入学が、入学初期の不適應の問題と関連すると指摘されている(丹羽, 2005; 内田, 2006, 2008)。

表6. 「統合失調症」傾向と各種症状のパーセンタイル値との相関性

	1年生		2年生		3年生	
	男子	女子	男子	女子	男子	女子
呼吸器	-0.181*	-0.141*	-0.169	-0.175	-0.068	0.120
目や皮膚	0.018	0.128	0.233*	-0.005	0.085	0.181
口腔・肛門	0.016	0.057	0.265*	0.078	-0.004	-0.122
消化器	-0.119	0.028	0.345*	0.047	0.209	-0.057
多愁訴	-0.079	0.017	0.183	-0.085	-0.088	-0.067
生活不規則	0.043	-0.028	0.095	0.067	-0.069	0.023
直情径行	-0.146	-0.084	0.172	-0.245*	-0.079	-0.358*
情緒不安定	0.149	0.125	0.071	0.235*	0.136	-0.060
抑うつ	0.431**	0.518**	0.543**	0.566**	0.420**	0.427**
攻撃	-0.204*	0.046	-0.172	-0.240*	-0.118	-0.093
神経質	0.196*	0.162*	0.281*	0.002	-0.207	-0.009
心身症	0.171*	0.047	0.309*	0.162	0.032	-0.122
神経症	0.250*	0.330**	0.499**	0.275*	0.186	-0.024
虚構	0.289**	0.242**	0.299*	0.402**	0.374*	0.660**
統合失調症	-	-	-	-	-	-
総合指数	-0.006	0.088	0.125	0.130	0.625**	-0.019
相関状況の個数						
低相関	14	14	10	14	12	12
軽度正相関	1	0	4	1	2	1
中程度正相関	0	1	1	0	1	1
高度正相関	0	0	0	0	0	0
軽度逆相関	0	0	0	0	0	1
中程度逆相関	0	0	0	0	0	0
高度逆相関	0	0	0	0	0	0

相関係数の信頼度(無印: 95%以下、\*: 95%超、\*\*: 99%超)

本来、大学における修学は学生の自己裁量に委ねられているが、大学教職員は、入学を受け入れた学生に対して高等教育に関して最大限のサービスとケアを行い、社会で働けるだけの最低限の技術と能力をつけて卒業に至らせる責務が課せられている。しかし、国公立大学のいずれにおいても、かなりの割合で休・退学・留年学生がしているのが現実であり(文部科学省, 2014, 2018)、学業半ばで自殺する学生も少なくない(内田, 2010; 東京都福祉保健局, 2015)ことから、その防止策が模索されている。

その中での調査研究報告例が多いのは、ストレスとメンタル面の症状に関するものである(金子・関根, 2006; 真船ら, 2006; 野中ら, 2010; 加納ら, 2014; 上田ら, 2014; 崔ら, 2017)。しかし、H. セリエによって体系づけられたストレスの医学・生理学的概念は、内外の刺激(ストレッサー)によって引き起こされる適応のための神経学的、内分泌学的変化と心身の各種症状を意味している(栗原・田所, 1992)。つまり、ストレスを考慮する際はメンタル面の症状のみを対象にした調査研究は不十分といわざるを得ない。本研究の目標は、ストレス関連疾患として「心身症」、「神経症」に加えて青少年における発症リスクが高い「統合失調症」を取り上げ、多方面にわたる心身面、生活面の症状をレベル総合的に把握可能な質問紙「健康チェック票THI」(鈴木, 2005; 鈴木ら, 2005)により、心身の各種症状との関連を一括して分析するところにあった。「健康チェック票THI」の130個の質問に対する回答で得た尺度得点は症状項目によって上限・下限が異なる。しかし、パーセンタイル値(順序値)を用いることのメリットは、50パーセンタイルを中央値として、16症状項目を同一座標で評価に用いることを可能にしたことである(浅野ら, 2005)。

質問紙「健康チェック票THI」で評価した症状レベルを1992年実施の「こも伊勢調査: 1市1村の成人男女それぞれ約6千人が対象」で得られた分布(浅野ら, 2005)と比較してみると、A大学の学生は全般的に良好とはいえず、学年にほとんど関係なく、「呼吸器」、「目や皮膚」、「口腔・肛門」、「消化器」、「不定愁訴」といった身体面の項目だけでなく、「情緒不安定」、「抑うつ」といったメンタル面の項目においてレベルが高かった。「攻撃」や「虚構」といった自分を積極的にアピールする項目においてはレベルが低く、その傾向は男子学生より女子学生の方が顕著である傾向がみられた。心身の症状レベルを統括する「総合指数」のレベルも高い。これらの結果から、1992年の成人男女よりA大学の対象学生は内向的性格が比較的強く、身体面およびメンタル面の不調を抱えやすい姿が浮かんでくる。さらに、同様な結果は、本調査実施の5年以上前に行われた調査(栗原・荻野, 2012, 2013; 栗原ら, 2013, 2016)でも得られ

ており、A大学に在籍する学生の共通する状況を反映している可能性がある。年月をおいた異なる調査で同様な結果が得られたことより、本調査データを用いた次のステップの分析が可能といえる。ただし、標準グループとした調査データ(こも伊勢調査)は1992年に実施されたものですので20年余の年数を経ており、社会・経済情勢、生活スタイルに変化が生じている可能性が高い。また、他大学学生の状況を広範囲にわたって調査したわけではないので、本結果の解釈は限定的と言わざるを得ない。大学生や成人男女をバランスよい対象とした直近の調査で得た尺度得点分布を使った、症状パーセンタイル値の作成が必要といえる。

国公立大学・短大を対象にした直近の調査結果(文部科学省, 2014; 白川ら, 2016)では、退学者は2.65%、休学者は2.3%であるが、その理由のうち学業不振(退学理由の14.5%、休学理由の4.4%)、学校生活不適応(退学理由の4.4%、休学理由の3.0%)で、休・退学の原因に精神的疾患が強く関連していることを示唆している。富永・栗原(2017)は、入学時に実施した質問紙「健康チェック票THI」による健康調査を通して退学者の特徴を見いだす試みを行い、メンタル面の症状と関連が深い、「呼吸器」、「目や皮膚」、「口腔・肛門」、「消化器」といった身体面の項目はウェイトが低いことを報告している。

「抑うつ」との相関性をみると、評価した15項目の多くで正相関または逆相関があり、「抑うつ」の原因あるいは二次的に引き起こされる症状と関連が深いことが明らかになった。相関係数からみると、身体面よりメンタル面の症状との相関性が高いことを示唆している。また、分散分析で「抑うつ」で性別と学年で交互作用がみられたが、2年女子学生の症状パーセンタイル値が高いことに由来し、基礎科目中心の1年生から専門科目が多くなる2年生に進級したことの対応の難しさを示唆している可能性がある。

「心身症」、「神経症」との相関性においても、基本的には「抑うつ」における相関性と類似しているが、身体面の症状との相関性よりメンタル面の症状との相関性がより強い傾向があった。一方、「抑うつ」、「心身症」、「神経症」は「攻撃」や「虚構」と逆相関性がみられた。「攻撃」は困難な問題に対して積極的に対処するパワーといえる。問題が解決できれば意欲や幸福感の向上につながるが、その際、自己アピールのために限定的に欺瞞性を発揮することもありうる。しかし、「攻撃」レベルが低ければ問題対処に失敗して悲壮感や意欲低下につながり安いことは容易に想像できる。この点からみると、「攻撃」や「虚構」と関連する質問項目への回答は、「抑うつ」、「心身症」、「神経症」といったメンタル面の状況把握に寄与することが考えられる。

興味ある結果は、「生活不規則」との相関性が、「抑うつ」と比較して、「心身症」や「神経症」では低くなる傾向がみられたことである。これらの精神疾患は「生活不規則」が原因の本質ではない可能性が考えられ、ストレスコーピングやサポート（金子ら, 2006; 野中ら, 2010; 上田ら, 2014）が重要であることを示唆している。

一方、「統合失調症」との相関性は、「抑うつ」、「心身症」、「神経症」における相関性と明らかに異なっており、中程度の相関性がみられたのは1年生女子および2年生男女の「抑うつ」、3年男子の「総合指数」、3年女子学生の「虚構」にみであった。この結果は、「統合失調症」は発症の背景が「心身症」や「神経症」と明らかに異なっていることを示している。この点については、DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) や ICD-11 (WHO, 2019) における診断のための症状項目や治療薬の違い、すなわち「心身症」や「神経症」ではベンゾジアゼピン系薬物、「統合失調症」では抗精神病薬が用いられていることから裏付けられている。

「心身症」、「神経症」、「統合失調症」といった精神疾患に対する関心は高いが、その数値に基づく客観的評価は難しい。しかし、質問紙「健康チェック票 THI」では、130問の質問に対する自覚的な回答をもとに、心身の各種症状レベルを、個々人だけでなく集団の平均として数値で把握できる点に特徴である。さらに、本研究では、「統合失調症」を除く「心身症」、「神経症」と関連の深い各種症状が明らかになった点に意義がある。

今後は、心身両面の健康評価が可能な質問紙「健康チェック票 THI」を用いた健康調査を、定期的実施することが望ましいと考えている。例えば、症状パーセンタイル値とその変化を評価して精神的疾病への移行が疑われたら、中程度～高度相関性の高い尺度評価に含まれる質問項目を吟味し、顕著な症状に対して大学関係者が具体的な対応、すなわち本人および保護者に対する大学で実施可能な対応、得られた症状に基づいて医療機関への紹介などを実行できる可能性があるからである。「抑うつ」の強い学生に対するジョギングによる介入効果の事例報告もある（栗原, 2011）。今後は、調査対象者を増やして介入効果の検証を行って相関関係のみならず因果関係の検討に加えて、1大学のデータだけでなく、複数大学のデータを比較して、より普遍的な結果を得ることも必要である。

加えて、最近では発達障害の増加が指摘されており、これに関連して質問紙「健康チェック票」では評価できない。今後は、質問紙「健康チェック票」の質問項目を変更して、現在の社会情勢を加味した新たな症状分布曲線の作成、および健康評価方法の開発も必要であるともいえる。

## 結論

関東圏にキャンパスを持つA大学の学生（1～3年生）を対象に、質問紙「健康チェック票 THI」による健康度評価を行い、修学不調と関連の深い「抑うつ」、「心身症」、「神経症」、「統合失調症」と、心身の各種症状レベルとの相関性を評価した。その結果、以下の結果が得られた。

1. 症状パーセンタイル値は、学年間では著しい差異はないが、男子学生より女子学生の方がやや高レベルの傾向がある。
2. 「抑うつ」、「心身症」、「神経症」にほぼ共通して正相関性があるのは「多愁訴」、「直情径行」、「情緒不安定」、「神経質」、「総合指数」で、逆相関性があるのは「攻撃」と「虚構」である。
3. 「統合失調症」とやや強く相関する症状は「抑うつ」のみであり、「統合失調症」の症状の一面を反映している可能性がある。
4. これらの結果は、質問紙「健康チェック票 THI」が、「統合失調症」を除くストレス関連疾患とその背景にある症状項目の把握に利用可能であることを示唆している。しかし、本結果は1大学における限られた学生数から得られたものであり、その解釈においては限定的にとどめなければならない。今後は調査範囲の拡大が必要である。

## 文献

- 浅野弘明・竹内一夫・笹澤吉明ら (2005)：新基準集団における質問紙健康調査票 THI の尺度得点・傾向値のデータ分析. 厚生指標 **52**, 1-7.
- American Psychiatry Association (2014)：(日本語版用語監修：日本精神神経学会, 監訳：高橋三郎・大野 裕)：DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引 第5版. 医学書院, 東京.
- 青木繁伸・鈴木庄亮・柳井晴夫 (1989)：質問紙健康調査票 THI による精神的疾患の判別診断. 医学のあゆみ **110**, 763-768.
- 真船浩介・鈴木綾子・大塚泰正 (2006)：大学生におけるストレスの特徴：認知的評価、及び心理的ストレス反応との関連の検討. 学校メンタルヘルス **9**, 57-63.
- 金子智栄子・関根美佳 (2006)：女子大学生のストレスに関する研究 ―ストレス反応とストレス、コーピングとの関連について―. 文京学院大学人間学部研究紀要 **8**, 67-90.



- 加納友香・石橋和幸・土居礼佳男ら(2014): 大学生の生活上のストレス、神経症傾向、不眠のこだわりが睡眠の質に及ぼす影響およびそれらの精神的な健康への影響. 日本看護研究会雑誌 **37**, 1-10.
- 栗原 久・田所作太郎(1992): ストレスとは何か. In: ストレスを科学する(日本化学会編). 大日本図書, 東京, pp19-50.
- 栗原 久(2011): 継続的なジョギングが不登校克服に有効に作用した可能性のある女子大学生の事例. 東京福祉大学・大学院紀要 **2**, 43-50.
- 栗原 久・荻野基行(2012): 大学入学時の自記式健康度調査(THI)による長期授業欠席リスクの高い学生の予測. 東京福祉大学・大学院紀要 **2**, 115-121.
- 栗原 久・森 正人・守 巧(2013): 某短期大学学生の健康観と健康状態とのギャップー健康に関するスピーチ・作文と質問紙「健康チェック票THI」による評価ー. 東京福祉大学・大学院紀要 **3**, 39-47.
- 栗原 久・荻野基行(2013): 自記式健康度調査(THI)による某大学介護コース学生の健康度の経年変化ー実習経験による積極性・意欲の変化の可能性ー. 日米高齢者保健福祉学会誌 **5**, 77-88.
- 栗原 久・小野智一・佐々木貴雄ら(2016): 質問紙「健康チェック票THI」からみた地方都市および大都市の大学生における健康度の比較検討. 環境福祉学研究 **1**, 17-28.
- 文部科学省(2014): 報道発表「学生の中途退学や休学等の状況について」.  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/26/10/\\_ics-Files/afildfile/2014/10/08/1352425\\_01.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/26/10/_ics-Files/afildfile/2014/10/08/1352425_01.pdf) (2019年9月5日検索)
- 文部科学省(2018): 平成30年度学校基本調査(確定値).  
[http://www.mext.go.jp/componentb\\_menu/other\\_ics-Files/afildfile/201812251407449\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/componentb_menu/other_ics-Files/afildfile/201812251407449_1.pdf) (2019年9月5日検索)
- 中井大介・茅野理恵・佐野 司(2007): UPIから見た大学生のメンタルヘルスの実態. 筑波学院大学紀要 **2**, 159-173.
- 西山温美・笹野友寿(2004): 大学生の精神健康に関する実態調査. 川崎医療福祉学会誌 **14**, 183-187.
- 丹羽智美(2005): 青年期における親への愛着と環境移行期における適応過程. パーソナリティ研究 **13**, 156-169.
- 野中雅代・稲谷ふみ枝・山崎しおり(2010): 大学生の対人ストレスとストレス緩和要因との関連ーストレスマネジメント自己効力感に着目してー. 久留米大学心理学研究 **9**, 24-32.
- 崔 玉芬・久永哲雄・竹澤稔裕(2017): 友人関係, 睡眠状況, 学業状況が大学生のメンタルヘルスに及ぼす影響ー部活, 朝食摂取, 一人暮らしによる検討ー. 関東学園大学紀要Liberal Arts **25**, 1-14.
- 白石智子(2005): 大学生の抑うつ傾向に対する心理学的介入の実践研究ー認知療法による抑うつ軽減・予防プログラムの効果に関する一考察ー. 教育心理学研究 **53**, 252-262.
- 白川優司・大島真夫・黄 文哲(2016): 第4章 大学における授業料滞納・中途退学・休学の状況 大学調査の結果から. In: 文部科学省先導的改革推進事業「経済的理由による学生等の中途退学の状況に関する実態把握・分析等に対する経済的支援の在り方に関する調査研究」報告書. 文部科学省, 東京, pp175-302.  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/26/10/\\_ics-Files/afildfile/2016/08/02/1371455\\_01.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/26/10/_ics-Files/afildfile/2016/08/02/1371455_01.pdf) (2019年9月5日検索)
- 鈴木庄亮(2005): 健康チェック票THIプラス\_03版の概要. 武田書店, 藤沢.
- 鈴木庄亮(2012): 健康チェック票THIによるメンタルヘルスケアの理論と事例(特集 メンタルヘルスの現状と対策: 地域・職場・学校における). 保健の科学 **54**, 324-329.
- 鈴木庄亮・浅野弘明・青木繁伸ら(編著)(2005): 健康チェック票THIプラスー利用・評価・基礎資料集. 武田書店, 藤沢.
- 竹内朋香・犬上 牧・石原金由ら(2000): 大学生における睡眠習慣尺度の構成および睡眠パターンの分類. 教育心理学研究 **48**, 294-305.
- 富永弥生・栗原 久(2017): 自記式健康チェック票(THI)による専門学校生における修学不調のリスク因子の探索. 常葉大学教育学部 初等教育過程 教育研究実践報告誌 **1(2)**, 1-9.
- 東京都福祉保健局(2015): 大学生特有の自殺の原因 自殺しやすい人の傾向と性格.  
[http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/tokyo-kaigi/torikumi/campaign/campaign\\_3009.files/presentation\\_a.pdf](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/tokyo-kaigi/torikumi/campaign/campaign_3009.files/presentation_a.pdf) (2019年9月5日検索)
- WHO (2019): International Classification of Diseases 11th Revision. Geneva Swiss Confederation.
- 矢内希梨子・小川さやか・田山 淳(2018): 大学生を対象にした精神的健康に関する縦断的研究. 日本心理学会第82回大会要旨集, p300.
- 内田千代子(2006): 国立大学の休・退学、留年学生および



- 志望に関する調査－精神科医から見たサポートの必要性－. 国立大学マネジメント **2**, 27-32.
- 内田千代子(2008): 大学生における休・退学、留年学生に関する調査 第28報. 「休・退学、留年学生調査」事務局(茨城大学保健管理センター内), 水戸.
- 内田千代子(2010): 21年間の調査からみた大学生の自殺の特徴と危険因子－予防への手がかりを得る－. 精神看護学雑誌 **112**, 543-560.
- 上田敏子・窪田辰政・宗像恒次(2014): 大学生の不安になりやすい特性とネガティブ自己イメージ脚本、ソーシャルサポート認知との関連. 日本保健医療行動科学会雑誌 **28**, 68-75.
- Wasserstein, R.L. and Lazar, N.A. (2016): The ASA statement of p-value: Context, process and purpose. The American Statistician **70**, 129-133.
- Wasserstein, R.L., Schirm, A.L. and Lazar, N.A. (2016): Moving to a world beyond “ $p < 0.05$ ”. The American Statistician **73: Sup 1**, 1-19.

## Analysis of Correlation between Mental and Physical Symptoms by the Self-health Checklist “Total Health Index THI”

Hisashi KURIBARA<sup>\*1</sup>, Sachiko OMOKAWA<sup>\*2</sup> and Kiyomi YAMASHITA<sup>\*3</sup>

<sup>\*1</sup> Health Control and Promotion Research Group,  
3-35-3 Showa-machi, Maebashi-city, Gunma 371-0034, Japan

<sup>\*2</sup> School of Education, Tokyo University of Social Welfare (Isesaki Campus),  
2020-1 San'o-cho, Isesaki-city, Gunma 372-0831, Japan

<sup>\*3</sup> School of Social Welfare, Tokyo University of Social Welfare (Isesaki Campus),  
2020-1 San'o-cho, Isesaki-city, Gunma 372-0831, Japan

**Abstract :** The purpose of this study was to assess the correlation between scales for depression and mental disorders (psychosomatics, neurotics and schizophrenics) and those for physical, mental and life scale scores obtained from the answers to 130 questions in the self-health checklist “Total Health Index THI”. The subjects were 461 university students of 1-3 academic grade of schools of social welfare, education and psychology of A university. There was no marked difference in the score (% value) based on the academic grade or gender. The scales for stress-related symptom and psychological disorders (depression, psychosomatics and neurotics) were highly correlation with those for vague complaints, impulsiveness, unstable emotion, nervousness and total index. In addition, the scale for psychosomatics was significant inverse-correlation with that for aggressiveness. On the other hand, association between the scales for schizophrenia and other symptoms were low level, except for depression, indicating a different mechanism from those of stress-related disorders. The present results suggest that THI can be applied for estimation of stress-related disorders through the scale levels for somatic and mental symptoms.

(Reprint request should be sent to Hisashi Kuribara)

**Key words :** University students, Total health index THI, Mental disorders, Correlation between symptoms